

「花むつ苑」ショートステイ

短期入所生活介護
重要事項説明書

ご入居者名

様

当事業所はご契約者に対して施設介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護1～要介護5」と認定された方が対象となります。

事業所名

社会福祉法人 新清会

花むつ苑ショートステイ

苑長 吉田 新内

◆◆目次◆◆

1. 事業の目的と運営方針	2
2. 施設内容	2
3. サービスの内容	3
4. 利用料金	4
5. サービス利用に当たっての留意事項	5
6. 非常災害対策	5
7. 緊急時の対応	5
8. 事故発生時の対応	6
9. 守秘義務に対する対策	6
10. 入居者の尊厳	6
11. 身体拘束の禁止	6
12. 苦情相談窓口	6
13. 協力医療機関等	7
14. 損害賠償について	7

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対して、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、福井市及び地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

① 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 新清会
- (2) 法人所在地 福井市引目町第21号9番地の2
- (3) 電話番号 0776-38-9280
- (4) 代表者氏名 理事長 吉田 新内
- (5) 設立年月日 平成9年6月9日

② 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 短期入所生活介護
- (2) 事業所の名称 花むつ苑ショートステイ
- (3) 事業所の所在地 福井市花堂中1丁目5-6
- (4) 電話番号 0776-34-8762
- (5) 事業所長 苑長 吉田 新内
- (6) 事業開始年月 平成22年4月15日

③ 施設の従業者体制

職 種	区分	専従	兼務	職 務 内 容
苑 長	常 勤		1名	理事長の命を受け、施設の業務を統括し、職員を指導監督
苑長代理	常 勤		1名	苑長の補佐・管理
医 師	非常勤		1名	入居者の診療・健康管理指導
生活相談員	常 勤		1名	入退所に於ける面接手続き事務等と処遇に関すること、苦情や相談受付
看護職員	常 勤		1名	入居者の診療の補助及び看護並びに保健衛生管理
介護職員	常 勤	4名以上		入居者の日常生活の介護・指導・相談及び援助
	非常勤		1名以上	
機能訓練指導員	非常勤		1名	入居者の機能訓練及び看護、介護職員への指導
管理栄養士	常 勤		1名	献立作成・栄養計算等を行い、調理職員の指導及び調理業務、
調理職員	常 勤		1名	調理業務

④ 介護職員の基本勤務体制

内 容	人 数	時 間
早 出	1名	7：00～16：00
日 勤	1名以上	9：00～18：00
遅 出	1名	13：00～22：00
夜 勤	1名	21：45～7：15

⑤ 設備の概要

- 定員 9名
- 居室 ユニット型個室 9室
利用者の居室には、介護ベット・タンス等を備品として備えております。
- 食堂
ユニットに食堂を設け、入居者が利用できるテーブル・いす・箸・食器類などの備品類を備えています。
- 浴室
浴室には入居者が利用しやすいように、個別浴槽を設けます。
- 洗面所及び便所
必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けています。
- 機能訓練室
入居者が利用できる機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練等を行います。
- 医務室
入居者の診療・治療のために、医療法に規定する診療所を設け、入居者を診察するために必要な医薬品及び医療器具を備えます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 短期入居生活介護計画の立案

入居期間が4日間以上の場合、入居者の日常生活全般の状況を踏まえて、短期入居生活介護計画書を作成します。

短期入居生活介護計画書を作成した際は、当該計画を入居者に交付します。

② 食事

- ・食事は入居者の心身の状態・嗜好を考慮し適切な時間に合わせて提供します。
- ・医師の指示による食事の提供を行います。

③ 入浴

週に2回～3回入浴していただきます。ただし、入居者の体調等により、回数減又は清拭となる場合があります。

④ 介護

短期入居生活介護計画に沿った介護を行います。

⑤ 機能訓練

入居者の状況に応じて機能訓練を実施します。

⑥ 生活相談

生活相談員をはじめ従業者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

⑦ 健康管理

入居中の医療機関の受診は、基本のご家族に対応いただきます。但し、入居開始後必要に応じ、健康状態を把握するため、嘱託医へ外来し受診する場合がございます。

(2) その他のサービス

① 理美容

料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。

② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、事前のご連絡をお願いいたします。

③ レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬の告示上の額として設定し、所得に応じて一割または二割を利用者負担とします。

利用料金等につきましては、施設の体制及び制度改正等にて変更になる場合があります。

□ 介護報酬告示額

(1) 単位数

介護区分	単位数 (ユニット型個室)
要介護1	677 単位/日
要介護2	743 単位/日
要介護3	814 単位/日
要介護4	880 単位/日
要介護5	946 単位/日

(2) 加算単位数等

加算	内 容	1日あたりの単位数
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に5.9%を乗じた単位数を加算	
看護体制加算Ⅱ	看護職員が、1名以上配置している場合	8 単位
夜勤職員配置加算Ⅱ	夜勤を行う介護職員の数が、最低基準を1人以上上回って配置し、ユニット型を算定している場合	18 単位

サービス提供体制強化加算Ⅰ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上	12単位
サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上配置されている場合	6単位
サービス提供体制強化加算Ⅲ	利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が30%以上	6単位
機能訓練体制加算	機能訓練指導員により、入居者の状態に合わせた自立支援、現状維持を目的にしながら機能訓練を実施している場合	6単位
療養食加算	医師の食事せんに基づく療養食を提供し、また栄養士の管理のもと、入居者に適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合	23単位
送迎加算	ご自宅へのお迎え・お送りした際に加算します。実施地域：福井市。	片道につき 184単位
長期利用者に対する短期入所生活介護	連続して30日を超えて利用した場合に、所定単位数から減算する。	1日につき 30単位

※ 介護報酬は1単位あたり地域区分単価10,17円（7級地）を乗じます

(3) 「居住費」及び「食費」 1日あたりの金額

居室	居住費	食費
ユニット型個室	2,200円	1,500円 朝食：400円 昼食：550円 夕食：550円

介護負担限度確認の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

(4) その他の個人で負担していただく物

【持込物品に関しては（寝具やじゅうたん、カーテン等）防災物品に限らせていただきます】

- ・ 日用品費：個人用の日用品費
- ・ 電気代：冷蔵庫、テレビ持込使用料
- ・ 医療費（在宅酸素代含む）
- ・ 理美容代金
- ・ 手芸材料費、レクリエーション費等
- ・ 特別な食費など

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には職員にご一報ください。
- ② 施設内での金銭及び食物などのやりとりは、ご遠慮ください。
- ③ 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連携を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び職員等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、福井市、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を職員との雇用契約の内容としています。

10. 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

11. 身体拘束の廃止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には事前に入居者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 苦情相談窓口

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

苦情受付担当者 (苑長) 吉田新内

苦情受付責任者 (苑長) 吉田新内

受付時間 毎週 月曜～金曜日 8:30～18:00

ご利用方法 0776-34-8762

(2) 理事長へ直通の私書箱

〒918-8691 福井南郵便局 私書箱12号(住所記入不要です)

社会福祉法人 新清会 理事長 吉田新内 苑

(3) 苦情受付機関

福井県国民健康保険団体連合会	福井市西開発4丁目202-1	自治会館
	0776-57-1614	
ハート支援室	福井市光陽2丁目3-22	
(福祉サービス運営適正化委員会)	0776-24-2347	

(4) 苦情解決第三者委員会

酒井 郷衛	電話番号	0776-38-2172
福野 家光	電話番号	0776-38-1243
下川 道雄	電話番号	0776-22-5253
近藤 喜代美	電話番号	0776-35-8009

公平・中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

13. 協力医療機関等

事業所では、下記の医療機関に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合などには、速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

医療法人 慈豊会 田中病院
〒910-0005 福井市大手2丁目3番1号
TEL 0776-22-8500

14. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により入居者に生じた損害について、事業所は、速やかにその損害を賠償します。

ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められた場合には、入居者の置かれた心身の状態等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。又は、その損害の賠償を請求できるものとします。

介護老人福祉施設サービスの開始に当たり、入居者に対して契約書及び本書面に基づき重要な事を説明し交付しました。

平成 年 月 日

【事業者名】

【職 名】

【氏 名】

㊞

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

【入居者住所】

【氏 名】

㊞

【代理人住所】

【氏 名】

㊞

【続 柄】

○緊急時の対応

利用者氏名		生年月日 年 月 日生
-------	--	----------------

体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先 1		
氏名	(続柄)	
住所	〒 -	
電話番号	() -	
勤務先電話	() -	
携帯電話	() -	

緊急連絡先 2		
氏名	(続柄)	
住所	〒 -	
電話番号	() -	
勤務先電話	() -	
携帯電話	() -	

主治医

病院または 診療所名	
医師	
医師	

入居者に関する個人情報の第三者への提供に関する同意書

入居者氏名 _____ 様（以下「入居者」という）と社会福祉法人 新清会 小規模特別養護老人ホーム花むつ苑（以下「事業者」という）は、入居者に関する個人情報を第三者機関へ提供することに関して、以下の3項に同意する。

1. 事業者および事業者の使用するものは、サービスを提供する上で知りえた入居者およびその家族・代理人等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らさない。この守秘義務はサービスに関する契約が終了した後も同様とする。
2. 事業者および事業者の使用するものが、サービスを提供する上で知りえた入居者およびその家族・代理人等に関する情報に関して、事業者が提供するサービス以外に入居者が利用するサービスを提供する第三者の機関等（病院・居宅介護支援事業所等）に対して、提供することが必要かつ適切であると判断した内容の情報を事業者が提供することに、入居者およびその家族・代理人等は、この書面にて同意する。
3. 事業者および事業者の使用する者がサービス提供をする上で知りえた入居者およびその家族・代理人等に関する情報に関して、事業者は、前項に関する情報の提供以外に入居者およびその家族・代理人等から予め文書で同意を得ない限り、第三者への情報の提供をしないこと。

平成 年 月 日

入 居 者

[住 所]

[氏 名]

④

家族又は代理人

[住 所]

[氏 名]

④

事 業 者

[住 所]

[事業所名]

[代表者名]

④